

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE **888** No —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André TORTAT

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Sceaux le 1^{er} Novembre 1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

CARACTÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André TORTAT

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Sceaux le 1^{er} Novembre 1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

CARACTÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N..
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE..		BROCQ.....	
AUBERTIN.....		CADENAT.....	
BRULÉ.....		GATELLIER....	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY.....		MOURE.....	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLERY-RADOT.....			
SÉZARY.....			
MM.			
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.....			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE

M. LE MÉDECIN-COLONEL RAYMOND BERNARD

Professeur Agrégé au Val-de-Grâce
Commandeur de la Légion d'honneur

*L'ami de toujours de mon
père.*

*Que sa droiture, sa foi
dans la science médicale, et
sa passion du travail nous
servent de modèle.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
de la faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE MÉCEDIN-COMMANDANT L. JAME

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chef du service de dermato-vénéréologie du Val-de-Grâce

Chevalier de Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider de ses conseils.

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL INSPECTEUR

JOSEPH TOUBERT

Professeur Agrégé au Val-de-Grâce
Grand-Croix de la Légion d'honneur

Qui a déterminé notre orientation vers la médecine militaire et qui n'a cessé de nous témoigner la plus bienveillante sollicitude.

Très respectueux et reconnaissant hommage.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL M. PILOD

Professeur Agrégé au Val-de-Grâce
Directeur du laboratoire d'épidémiologie de l'Armée
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a toujours témoigné le plus bienveillant intérêt.

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN
MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE
MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU
MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER.

A MES MAÎTRES DU VAL-DE-GRÂCE

INTRODUCTION

Depuis que NICOLAS et FAVRE ont individualisé l'adénite inguinale à foyers purulents intraganglionnaires, les travaux des auteurs lyonnais ont suscité un grand nombre de recherches.

Le cadre de la maladie s'est élargi et c'est ce qui en fait l'intérêt. La maladie de NICOLAS-FAVRE ne peut plus être considérée comme un simple bubon vénérien ; c'est une maladie générale qui peut présenter des localisations extragénitales, telle, par exemple, la localisation ano-rectale.

Son étiologie également est à peu près élucidée. C'est une maladie infectieuse, contagieuse, transmissible par les rapports sexuels. Elle détermine dans l'organisme un état d'allergie. Nous soulignerons dès maintenant l'importance de sa mise en évidence par l'intradermo-réaction de Frei. Cette réaction, dont il faut reconnaître, sinon la spécificité absolue, du moins la haute valeur diagnostique, a permis l'étude de formes cliniques particulières (bubons à suppuration large, syndrome de JERSILD, éléphantiasis et ulcère chronique de la vulve).

Par contre, ses caractères épidémiologiques, qui se trouvent épars dans diverses publications, n'ont

pas encore fait l'objet d'un travail d'ensemble. C'est leur étude que nous nous proposons de faire dans ce travail inaugural.

Les conséquences sociales de la maladie de NICOLAS-FAVRE, en effet, sans être graves, sont néanmoins à considérer. Maladie bénigne la plupart du temps, quoique de longue durée, on sait maintenant que les complications auxquelles nous faisons allusion plus haut, en assombrissent le pronostic.

Elle coûte à l'État, dans les hôpitaux tant civils que militaires, de nombreuses journées d'hospitalisation, journées qui sont perdues au point de vue de l'activité sociale de l'individu.

Nous nous proposerons d'étudier, dans une première partie, les caractères épidémiologiques de cette maladie, sa répartition géographique, sa fréquence, son étiologie et ses modes de transmission, en même temps que l'influence de causes favorisantes.

Nous nous poserons ensuite la question de savoir s'il y a lieu d'envisager une prophylaxie collective, comme on l'a fait dans divers pays étrangers, pour tâcher de limiter son extension.

Dans une deuxième partie nous étudierons les caractères de la maladie de NICOLAS-FAVRE en milieu militaire, car nous avons là un champ d'expérience commode pour l'étude de toute maladie sociale. Nous prendrons pour base les faits observés dans le service de dermato-vénéréologie du Val-de-Grâce.

HISTORIQUE

Rien de plus instructif que l'histoire de cette maladie de NICOLAS-FAVRE, qui, bien souvent décrite autrefois, fut rattachée tour à tour à la tuberculose, au paludisme, à l'influence du climat, à la peste, à une mycose... etc.

Il faut attendre les mémorables travaux de DURAND, NICOLAS et FAVRE, en 1913, pour trouver l'hypothèse d'une nature infectieuse spécifique et peut-être vénérienne.

Les travaux des auteurs lyonnais ont permis de lui rattacher une infection ganglionnaire spéciale, bien connue des médecins coloniaux sous le nom de bubon climatique ou tropical.

L'identité des deux affections est aujourd'hui démontrée.

Nous verrons donc notre maladie étudiée parallèlement par deux séries de chercheurs, à la métropole et aux colonies. Ce sont des chirurgiens français qui les premiers décrivirent cette affection si singulière par son évolution interminable, en faisant, sur sa pathogénie, les hypothèses les plus diverses.

CHASSAIGNAC (1859) distingue l'adénite aiguë à foyers purulents intraganglionnaires.

TROUSSEAU, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, décrit une adénite subaiguë, qu'il dit avoir observée fréquemment chez de jeunes créoles de la Réunion et dans laquelle on peut retrouver les principaux caractères de la maladie de NICOLAS-FAVRE.

NÉLATON et son élève L'HARDY (1890-1894) consacrent plusieurs travaux à l'étude de cette adénite. LEJARS, dans ses leçons de chirurgie de la Pitié (1894), décrit le « bubon strumeux de l'aîne ». Il se base, pour en faire une manifestation tuberculeuse, sur l'aspect histologique des lésions (cellules géantes, couche lymphoïde) et sur la présence du ganglion rétro-crural, « ganglion repère ».

MARION et GANDY (1901) concluent dans le même sens.

Parallèlement aux descriptions des chirurgiens français, les médecins coloniaux observent et décrivent des bubons survenus sans cause apparente, sans lésions des territoires tributaires. Ils les appellent « bubons d'emblée ».

Malheureusement, faute de tests biologiques, on décrit parfois sous ce nom les adénites les plus variées et il est probable qu'un certain nombre de cas décrits étaient en réalité soit des bubons pesteux, soit de la sporothricose inguinale, soit de simples adénites à pyogènes. Cela n'était pas pour faciliter les recherches étiologiques.

BODNAR et RUEBER observaient ces bubons d'emblée chez des paludéens et ils en faisaient une manifestation du paludisme.

JOUET et GUÉRIN en observaient des cas en Cochinchine (1888). SHEUBE les observait au Japon et CANTLIE à Hong-Kong (1896). Ce dernier, croyant à une influence déterminante du climat tropical, leur donna le nom de « bubons climatiques ».

RUGE en a observé une véritable petite épidémie sur un bateau mouillé sur la côte de Zanzibar.

Il faut arriver à BRAULT, en 1907, pour trouver l'hypothèse d'une similitude entre les deux affections.

A partir de cette époque, les hypothèses sur la contamination vénérienne possible commencent à se faire jour.

PIGEON et TANTON (1908) rapportent l'origine de la maladie à un chancre génital, dû au bacille fluorescens putridus. ROST, en 1912, remarque que cette affection ne se rencontre ni chez les enfants, ni chez les adultes continents. Médecin du navire-école allemand « La Freya », il constate que les cadets qui ne descendaient à terre qu'encadrés (continents forcés) ne contractaient pas la maladie, alors que, pendant la même période, des cas se déclarèrent chez des officiers et des marins du bord.

MUELLER (1914) relève l'existence de coïts infectants dans trois de ses observations. HANSCHELL note, dans deux cas de bubon climatique, des lésions superficielles du sillon.

Les travaux de NICOLAS et FAVRE, en posant des hypothèses étiologiques précises, attirèrent l'atten-

tion des médecins coloniaux sur l'origine vénérienne du bubon climatique et permirent de faire le rapprochement entre les deux affections.

En se basant sur la clinique et l'anatomie pathologique, FAVRE et PHYLACTOS conclurent à une identité que les travaux modernes sont venus pleinement confirmer.

FREI, de Berlin, en 1925, a l'idée de mettre en évidence l'état allergique chez les malades, en leur injectant, dans le derme, un antigène constitué par du pus ganglionnaire dilué et tyndallisé, et en déterminant ainsi une réaction précieuse pour le diagnostic.

HELLERSTRÖM et WASSEN apportent au VII^e Congrès international de Dermato-Syphiligraphie de Copenhague (1930) une nouvelle démonstration de la spécificité de la maladie.

Ils réussissent à l'inoculer au singe par voie intracérébrale et déterminent, chez cet animal, une méningo-encéphalite qu'ils parviennent à transmettre en série.

Depuis, les importants travaux de LEVADITI, RAVAUT et leurs collaborateurs, ont confirmé entièrement ces expériences.

Ces découvertes biologiques ont permis d'établir définitivement l'identité de la maladie de Nicolas-Favre et du bubon climatique.

HERMANS (1928) a constaté des réactions de Frei positives, chez des sujets atteints de bubon climatique, avec un antigène préparé à partir de pus lympho-

granulomateux. Il a de même réalisé la contre expérience avec de l'antigène de bubon climatique, sur des sujets atteints de maladie de Nicolas Favre. RUGE, en 1930, a montré l'analogie complète des caractères cliniques et épidémiologiques du bubon climatique et de la maladie de Nicolas-Favre. TOURAINE et HESSE, HELLERSTRÖM ont fait des constatations semblables à celles de HERMANS.

GILBIN, dans sa *Thèse de Bordeaux* de 1932, arrive aux mêmes conclusions. Les beaux travaux de FINDLAY ont montré que l'inoculation expérimentale du pus de bubon climatique dans le cerveau du singe, déterminait la méningo-encéphalite caractéristique de la maladie de Nicolas-Favre. Il lui fut possible de mettre également en évidence tous les autres caractères du virus : sa filtrabilité, ses propriétés immunisantes, etc.

Plus récemment encore, ADVIER et RIOU, de Dakar, ont rapporté 47 cas de bubon climatique où la réaction de Frei fut constamment positive.

Nous sommes donc en droit de comprendre l'ancien bubon climatique dans l'étude épidémiologique de la maladie de Nicolas-Favre.

RAPPEL CLINIQUE

La maladie de Nicolas-Favre frappe avec élection le système lymphatique et plus généralement les tissus d'origine mésodermique. Nous prendrons pour type de description la forme la plus courante : l'adénite inguinale subaiguë à foyers multiples purulents intraganglionnaires.

DÉBUT

De 10 à 15 jours après un rapport sexuel, on constate, dans une forte proportion de cas (45 % d'après une statistique de M. SÉZARY), un micro-chancere d'inoculation. C'est une érosion superficielle, siégeant sur le gland ou dans le sillon balano-préputial (il est exceptionnel de l'observer chez la femme) semblable à une « vésicule d'herpès dont le toit a été crevé », disparaissant rapidement en 10 à 15 jours. En même temps, on note un peu de fièvre, quelques frissons et de l'anorexie.

STADE DE TUMÉFACTION GANGLIONNAIRE

Une à trois semaines après l'apparition de ces symptômes, les ganglions inguinaux internes, d'un

seul côté le plus souvent, se tuméfient d'abord isolément, puis ne tardent pas à se souder entre eux. La peau sus-jacente rougit puis prend une teinte lilacée (adénite violette des lyonnais) et adhère à la masse ganglionnaire.

A la palpation, c'est un bloc irrégulier, saillant, au-dessus de l'arcade de Fallope, de consistance inégale, présentant de petites zones de ramollissement, adhérant à la peau et au plan profond. Lorsqu'on le saisit à pleine main, on n'arrive pas à le mobiliser. Cette manœuvre est absolument indolore, signe de l'« ébranlement ganglionnaire ».

Concurremment, on note une adénite iliaque externe, souvent très volumineuse, reliée à l'adénopathie inguinale par des traînées fibreuses. Fait important, cette adénite iliaque ne se ramollit jamais.

STADE DE SUPPURATION

Les points ramollis de la masse inguinale ne tardent pas à se fistuliser. La suppuration se produit toujours en foyers séparés, sans aucune tendance à la confluence. Les bords des fistules sont indurés, réunis par des ponts de peau saine (poradénolymphite).

Le pus qui s'écoule est un liquide visqueux, gris jaunâtre, peu abondant, difficile à étaler sur lame, qui se révèle amicrobien à l'examen direct et à la culture.

EVOLUTION

Non traitée, la suppuration est d'une chronicité désespérante. Traitée, il faut compter deux ou trois mois pour obtenir la fermeture des fistules.

FORMES CLINIQUES

a) *Selon le chancre.* En dehors du chancre herpétiforme, le plus fréquent, on a signalé des chancres syphiloïdes, chancrelliformes, nodulaires. Dans le cas d'association avec syphilis ou chancre mou, le chancre présente les caractères de la maladie associée. Enfin, il est fréquent de ne pas voir de chancre du tout. Ce dernier est passé inaperçu du malade et a déjà disparu quand celui-ci vient consulter.

b) *Selon le bubon.* On peut distinguer une forme aiguë d'emblée, une forme à suppuration tardive, une forme à suppuration large.

c) *Formes associées.* La maladie de Nicolas-Favre peut alors rester assez longtemps inaperçue. Ce n'est que secondairement qu'apparaissent ses caractères particuliers. L'association avec la syphilis n'est pas rare.

d) *Formes extragénitales :* sous-maxillaire avec chancre lingual, ou axillaire (accidentelle).

e) *Formes extraganglionnaires.* s'observant surtout chez la femme. Des travaux récents ont montré le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans le rétré-

cissement du rectum, certaines rectites. Son rôle déterminant a pu être mis en évidence dans le syndrome génito-ano-rectal, l'ancien rétrécissement péri-colique pelvien de Küss, certains esthionèmes et certains éléphantiasis vulvaires. Il faut enfin noter une forme extraganglionnaire particulière : la forme cutanée.

f) *Formes selon l'évolution.* Il existe des formes septicémiques avec signes généraux marqués, fièvre, arthralgies et splénomégalie. Le bubon climatique revêt souvent une forme aiguë, avec signes généraux importants, tuméfaction ganglionnaire rapide, puis l'évolution peut tourner court en 15 à 20 jours, sans suppuration, ou bien la suppuration s'installe et l'on retombe alors sur la forme habituelle.

DIAGNOSTIC

Dans la forme typique, le diagnostic est facile à poser. Dans les formes litigieuses où le diagnostic différentiel pourrait se discuter avec d'autres adénopathies iliaques à évolution subaiguë, la réaction de Frei est un appoint important.

L'antigène de Frei est obtenu à partir de pus prélevé aseptiquement, dilué au 1/5 dans le sérum physiologique, ou de suc de ganglions fraîchement broyés, chauffé deux fois pendant une heure à 60° et éprouvé sur des malades témoins. On peut également partir du résidu de broyage de lésions névraxiques du singe (antigène simien).

On injecte, dans le derme de la face externe du bras ou de la face antérieure de l'avant-bras, de 2 à 3 dixièmes de centimètre cube de cet antigène fraîchement préparé. La lecture se fait les 5^e, 8^e et 20^e jours. On constate d'abord une élevation papulo-érythémateuse, fortement infiltrée, entourée d'une corolle inflammatoire. Cette papule s'étend pendant quelques jours. Dans les réactions très positives, elle peut devenir le siège d'une suppuration aseptique. Elle disparaît en deux à trois semaines, laissant à sa place une macule pigmentaire. La réaction de Frei n'est pas positive dès le début de la maladie. L'allergie ne s'installe parfois que deux mois et plus après les premiers accidents. De plus, elle peut subir des éclipses au cours de la syphilis en évolution, et au cours de la chancrelle.

Si la réaction est négative et que les caractères cliniques incluent à penser à une maladie de Nicolas-Favre, il ne faut pas manquer de la répéter en même temps que l'on effectue d'autres épreuves (intradermo au Dmelcos, B. W., gonoréaction).

L'anatomie pathologique des lésions est bien connue et par ailleurs ne rentre pas dans notre sujet, ainsi que le traitement. Celui-ci consiste essentiellement en injections de sels d'antimoine (Stybial, et surtout Anthiomaline) et accessoirement en applications de Rayons X.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Répartition géographique

La maladie de Nicolas-Favre est une affection d'observation courante dans les pays tropicaux où sa fréquence dépasse, en certains points, celle de toutes les autres maladies vénériennes.

Elle est décrite sous le nom de bubon climatique dans la zone tropicale et subtropicale.

On l'a observée à Madagascar (LESUEUR et FLORENT, LE DANTEC, FONTOYNONT), à la Réunion, sur la côte occidentale d'Afrique (LOW), à Dakar (ADVIER et RIOU) sur la côte de Zanzibar (RUGE) dans l'Uganda (KOCH), dans l'Est Africain (NAGEL).

Elle se rencontre également aux Antilles (CORRE), au Honduras (BARLOW), au Chili (LUZZATI), au Japon (SHEUBE), en Chine (BLANC, CANTLIE), au Tonkin (LE DANTEC), aux Indes anglaises (GODDING), au Bengale (SIMBSON, SKINNER).

Elle n'est pas rare, en Suède, en Allemagne, en Espagne, en Italie et en Grèce. Elle est particulièrement fréquente en Roumanie (NICOLAU). Par contre,

elle est très rare en Angleterre, en Norvège et aux Pays-Bas. En France où la maladie était inconnue, nous avons vu que quelques cas avaient été décrits au cours du siècle dernier.

Elle s'observe fréquemment depuis la guerre. Il est possible que la venue des troupes indigènes sur les champs de bataille européens ait contribué à son extension. On la rencontre dans toutes les régions, mais avec plus de fréquence à Paris et dans les grands ports (Marseille, Bordeaux).

Comme pour les autres maladies transmissibles, toutes les causes de brassage des races (guerre, échanges de population) déterminent une augmentation du nombre des cas.

Morbidité

Il est très difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de la maladie de Nicolas-Favre étant donné que cette affection ne figure pas dans les statistiques annuelles des services de vénéréologie, ou des dispensaires spécialisés.

M. le Professeur NICOLAS, dans son rapport présenté à la commission de Prévention des maladies vénériennes au ministère de la santé publique, en a réuni 262 cas typiques et 243 cas de syndromes génito-ano-rectal de Jersild avec Frei positif. Or il n'y a là que le résultat d'une enquête dans les principales villes de province (Lyon, Marseille, Bordeaux).

Cette statistique ne tient pas compte en particulier des cas observés dans les centres de dermatovénéréologie militaires.

A Paris, dans le seul service de dermatologie du Val-de-Grâce, M. le Professeur JAMBÉ a pu en observer 62 cas, dont 4 formes ano-rectales, en 5 ans.

M. SÉZARY, à propos des formes cliniques des chancres lymphogranulomateux, en rapporte 73 cas observés en 4 ans et demi. 9 cas ont été soignés en 1934 dans le service de M. le Professeur GOUGEROT

(dispensaire de la Faculté). Dans le service de RAVAUT, 73 cas jusqu'à 1934.

M. FLANDIN, qui lui a succédé, rapporte 179 cas entre 1934 et 1935.

D'autres statistiques doivent être publiées prochainement.

En Suède, 164 cas, rapportés par MM. HELLERS-TRÖM et WASSEN, ont été observés de 1927 à 1934.

En Allemagne, 400 cas, rapportés par M. le Dr REITER, ont été observés de 1929 à 1934 à Berlin, 100 autres à Breslau, de 1925 à 1930.

En Roumanie, la maladie est en augmentation très nette. M. le Professeur NICOLAU rapporte :

143 cas pour 1932,

251 cas pour 1933,

272 cas pour 1934 (8 premiers mois).

Plusieurs auteurs ont noté la progression de la maladie, tels que MM. SÉZARY, JAME, NICOLAU, REITER.

Nous voyons donc que la maladie de Nicolas-Favre n'est pas une rareté. Nous allons étudier son étiologie et les causes qui favorisent son éclosion, dans les chapitres qui vont suivre.

Étiologie

LE VIRUS LYMPHOGRANULOMATEUX

C'est à HELLERSTRÖM et WASSEN que revient le mérite d'avoir démontré, les premiers, la nature infectieuse transmissible de la maladie, en déterminant chez le singe (*macacus rhesus* et *cynomolgus*), inoculé par voie intracérébrale, une méningo-encéphalite spécifique. Il se servaient, comme matériel d'inoculation, de pus prélevé par ponction aseptique de ganglions lymphogranulomateux non fistulisés. Dans de telles conditions ce pus se montre amicrobien à l'examen direct et à la culture.

SIÈGE

Le virus siège essentiellement dans les ganglions malades. Il y existe peu de temps après la contagion et peut y persister longtemps. Mais on a pu le mettre également en évidence dans différentes lésions, notamment les lésions de rectite (LEVADITI et RAVAUT) et même dans les produits de raclage de muqueuse vaginale chez des porteuses saines (CAMINOPETROS). On doit admettre qu'il peut exister également dans

la bouche [cas survenu après coït buccal, à l'exclusion de toute autre cause de contamination (NICOLAU)] et dans l'écoulement urétral qui se produit parfois au début de la maladie [malades contaminées par leur mari, porteur d'adénite non fistulisée (CAMINO-PETROS)].

QUALITÉS

1) *Résistance*. Un chauffage de 60° pendant une demi-heure suffit à le détruire. Il ne résiste pas davantage à la dessiccation, pas plus qu'il ne se conserve dans la glycérine. En effet, contrairement à d'autres virus, il perd sa virulence en 8 à 9 jours en milieu glycérimé.

2) *Filtrabilité*. Il est invisible et incultivable, filtrable sur bougies Chamberland L₃ et Berkefeld V.

3) *Electrophorèse*. Comme d'autres ultravirus (herpès, encéphalite), il se concentre au pôle positif.

INOCULATION AUX ANIMAUX

Le singe est sensible par voie intracérébrale, comme l'ont démontré HELLERSTRÖM et WASSEN. Le cynocephalus babuin paraît plus sensible que les macacus rhesus et cynomolgus (LEVADITI).

Après une incubation de 6 à 12 jours, l'animal présente de la somnolence, de l'asthénie, des signes d'irritation méningée intense, de l'incoordination motrice et des paralysies diverses. La mort survient

dans le coma en moins de 27 jours. Quelques sujets survivent toutefois.

A l'examen histologique, on trouve une infiltration de la corticalité et surtout des méninges, par des cellules endothéliales et des éléments plasmatiques : « lésions inflammatoires et suppuratives au début, prolifératives et lymphogènes au stade chronique ; ces lésions prédominent dans le système mésodermique (méninges, plexus choroïdes, vaisseaux). » Nous en déduisons une propriété nouvelle du virus : *sa grande affinité pour le mésenchyme.*

Cette infection est spécifique car :

L'inoculation intrapréputiale de cerveau virulent, chez le singe, détermine une maladie de Nicolas-Favre typique. Il en est de même chez l'homme (LEVADITI, A. MARIE). L'antigène préparé à partir des centres nerveux, du liquide céphalo-rachidien et des ganglions du singe infecté, détermine chez l'homme atteint de maladie de Nicolas-Favre, une intradermo-réaction positive.

Pour compléter l'étude de la maladie expérimentale, il faut dire qu'elle peut revêtir chez le singe une forme inapparente. Sacrifie-t-on l'animal ? On retrouve à l'examen histologique les lésions spécifiques.

PASSAGES.

LEVADITI a pu réaliser 22 passages chez le singe par voie intra-cérébrale, avec une souche particulièrement virulente.

AUTRES ANIMAUX

Souris. — (LEVADITI, WASSEN, FINDLAY). Le virus se conserve au moins 91 jours dans le névraxe de cet animal.

Cobaye. — Peu réceptif par voie intracérébrale. Mais il est précieux pour purifier le matériel d'inoculation. Le cobaye est inoculé par voie intrapréputiale. C'est à partir des ganglions inguinaux que l'on fait l'inoculation intracérébrale au singe. Cette technique permet d'éliminer les germes associés. Le cobaye joue ici le rôle d'« animal filtre » (JAME).

Lapin. — Inoculé par voie pulmonaire. Lésions analogues à celles observées dans les ganglions malades (CAMINOPETROS).

IMMUNITÉ

Le sérum des malades atteints de maladies de Nicolas-Favre contient des principes virulicides (LEVADITI-FINDLAY).

Si l'on injecte dans le cerveau de la souris un mélange à parties égales de pus lymphogranulomateux et de sérum de malade atteint de maladie de Nicolas-Favre, l'animal n'est pas malade, alors que l'on voit évoluer une méningo-encéphalite typique chez les témoins inoculés avec un mélange dans lequel le sérum de malade a été remplacé par du sérum de sujet indemne de maladie de Nicolas-Favre. Les

animaux guéris acquièrent un certain état réfractaire, mais l'immunisation préventive est impossible.

Ces propriétés du sérum des malades permettent d'espérer la possibilité d'une réaction de floculation ou de fixation du complément.

NATURE

L'agent de la maladie de Nicolas-Favre se comporte comme un virus filtrable. Est-ce un virus complètement à part, ou bien sommes-nous en présence d'une forme filtrable d'un microbe visible ?

La constatation de petites épidémies précédant immédiatement l'éclosion d'épidémies de peste, le lymphotropisme et la possibilité de déterminer des lésions pulmonaires, ont pu faire considérer la maladie de Nicolas-Favre comme une peste minor. Le bacille de Yersin aurait-il revêtu là une forme filtrable à peu près fixée ? Mais ce n'est qu'une pure hypothèse, dont des travaux ultérieurs pourraient discuter la légitimité.

Modes de transmission

Dans la forme typique, la transmission est exclusivement vénérienne. Depuis les observations de ROST sur « la Freya » et un cas conjugal rapporté par L'HARDY, nombreux sont les cas où la contamination vénérienne a pu être établie.

MM. NICOLAS et LEBEUF ont rapporté l'observation de trois individus qui avaient eu des relations un soir de fête avec la même femme et qui présentaient, un mois environ après, une maladie de Nicolas-Favre typique. De plus l'un d'eux est marié. Peu de temps après, sa femme présente à son tour une adénopathie inguinale semblable.

M. MARGAROT rapporte également une série de contaminations : une femme cliniquement indemne de Nicolas-Favre, mais présentant une roséole, a des rapports avec quatre individus, à qui elle transmet la syphilis. Chez trois d'entre eux, évolue en même temps une paradénite subaiguë typique. Le quatrième, le mari ! présente un chancre mixte syphilo-chancrelleux. Le bubon inguinal de ce dernier paraît guérir par les injections intraveineuses de Dmelcos, mais prend peu de temps après tous les caractères de la maladie de Nicolas-Favre.

Nous citons ces observations, car elles sont caractéristiques, mais les cas conjugaux sont nombreux dans la littérature (MM. CHEVALLIER, GATÉ, LÉPINAY, JUVIN, LÉVY-FRANCKEL, etc., en ont rapporté d'indiscutables).

La maladie est contagieuse avant, et peut-être même surtout avant, la fistulisation du bubon.

CAMINOPETROS rapporte 4 cas de maladie de Nicolas-Favre, survenus chez des femmes dont le mari était porteur d'adénite non fistulisée. Il rapporte également trois cas de Nicolas-Favre survenus chez des sujets à la suite de contacts avec des femmes cliniquement saines, mais chez qui la réaction de Frei se montra positive.

Le Professeur NICOLAU a rapporté le cas d'un malade qui s'était contaminé au cours d'un coït buccal. Il n'avait eu en effet de rapports avec sa partenaire que par cette voie. Cette dernière fut examinée par la suite. Elle avait une muqueuse buccale saine, mais la réaction de Frei se montra positive.

Dans les formes atypiques, la contamination est soit vénérienne, soit accidentelle.

C'est ainsi que dans la forme sous-maxillaire avec chancre lingual, le virus se fixe directement sur la langue au cours d'attouchements linguo-vulvaires (BUSCHKE et CURTH, CURTH et BLOOM), avec des femmes présentant une réaction de Frei positive. M. NICOLAU en a rapporté sept cas. Le syndrome génito-ano-rectal n'est pas forcément la conséquence

de pratiques sodomiques avec des individus infectés par le virus lymphogranulomateux. Bien que l'on puisse voir une rectite primitive, avec chancre anal, les formes ano-rectales relèvent le plus souvent d'une polyétiologie (lésions génitales lymphogranulomateuses, syphilis, chancre mou, dysenterie amibienne, etc.). Il semble bien que des lésions locales antérieures jouent un rôle d'appel vis-à-vis du virus de la maladie de Nicolas-Favre.

Enfin, il est certaines formes où la contamination n'est nullement vénérienne, nous voulons parler de formes exceptionnelles telles que la forme cutanée et la forme de l'enfant, où le virus semble pénétrer par la peau, et de formes accidentelles comme les cas de Nicolas-Favre axillaires survenus chez des opérateurs qui se sont piqué un doigt, au cours d'une intervention sur un ganglion paradénitique.

Causes favorisantes

AGE. SEXE

La maladie de Nicolas-Favre frappe surtout l'homme jeune, à la période d'activité sexuelle. La femme est beaucoup plus rarement atteinte. On note en moyenne une femme atteinte pour dix hommes. Elle se voit entre 20 et 40 ans dans plus de 90 % des cas.

La femme fait soit des formes inapparentes avec microchancre sans bubon, sans signes cliniques, mais avec possibilité de transmission de la maladie (porteurs de germes, CAMINOPETROS), soit les formes génito-ano-rectales. 87 % des cas de Nicolas-Favre ano-rectale s'observent chez la femme.

Tout se passe comme si le système lymphatique de la femme était moins sensible au virus lymphogranulomateux. Il se produit là un phénomène analogue à ce que l'on constate pour le chancre mou, où l'on n'observe chez la femme que 10 bubons pour 100 chancres.

CLIMAT

Le facteur climatique a une réelle importance dans l'éclosion de la maladie. C'est une maladie ubiquitaire ; mais les climats tropicaux lui sont éminemment favorables. Nous avons vu que, dans certains ports des tropiques, on observe plus de cas de Nicolas-Favre que de toutes les autres affections vénériennes.

Par contre, elle est exceptionnelle en Angleterre, en Norvège et en Hollande où l'on ne constate pas de cas autochtones.

Il semble bien que ce soit seulement sous les climats tropicaux que la maladie présente sa forme caractéristique et que nous n'assistions en Europe qu'à des manifestations atténuées, mais plus durables.

SAISON

C'est d'avril à août que s'observeraient le plus grand nombre de cas. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il s'agit d'une maladie vénérienne dont les poussées sont liées aux périodes de liesse publique.

ETAT DE SANTÉ

Le terrain n'a aucune influence sur l'éclosion de la maladie. Il peut en avoir une sur l'évolution, les formes les plus aiguës se voyant chez des sujets fatigués. Une atteinte ganglionnaire antérieure, pa-

raît de plus avoir une certaine influence sur la fixation du virus au niveau du système lymphatique.

PROFESSION

HANSHELL a remarqué que les trois quarts des cas qu'il a observés (tous chez des marins) se voyaient chez les gens de la machine (chauffeurs et mécaniciens) obligés à vivre à peu près constamment sales. La malpropreté serait pour lui un facteur favorisant (adénite des gens sales).

La maladie de Nicolas-Favre, en réalité, ne frappe pas avec élection telle ou telle profession. Elle atteint surtout les sujets dont le genre de vie les porte à avoir des rapports sexuels fréquents avec des partenaires de rencontre et qui sont des « collectionneurs de maladies vénériennes ».

Voici quelles sont les principales causes favorisantes. Nous allons étudier dans le chapitre qui suit, si une prophylaxie collective est justifiée et quelle devrait être cette prophylaxie.

IMPORTANCE SOCIALE ET PROPHYLAXIE

On s'est préoccupé, surtout à l'étranger, de savoir quelle était l'importance sociale de la maladie de Nicolas-Favre, et l'on s'est demandé s'il ne faudrait pas prendre contre elle des mesures semblables à celles qui ont été prises contre la Syphilis, la Blennorragie et le Chancre mou.

Différents pays ont apporté leur solution à cette question, solution qui, disons-le tout de suite, tendait à considérer la maladie comme une affection toujours sérieuse et contre laquelle il y avait lieu de prendre des mesures appropriées.

C'est à la Suède qu'est revenue l'initiative de poser le problème devant la commission de l'Office international d'Hygiène publique. Nous trouvons dans le numéro du Bulletin de cet office de mars 1935, la réponse de la Suède, de la Norvège, des Pays-Bas, de l'Allemagne et de la Roumanie. M. le Professeur NICOLAS a fait un rapport pour la France dans la « Prophylaxie antivénérienne » de février 1935.

En Suède, la loi sur les maladies vénériennes de 1918 (déclaration obligatoire) est applicable à la maladie de Nicolas-Favre depuis février 1934, dans le but :

1. D'obtenir une guérison complète et rapide de la maladie ;

2. De prévenir l'éléphantiasis de la vulve.

M. HELLERSTRÖM conclut dans son rapport : « Il est très désirable de la placer (la maladie de Nicolas-Favre) sous les mêmes dispositions légales que celles qui sont édictées touchant les autres maladies sexuelles. » Ces dispositions ont l'avantage de permettre un traitement précoce et d'augmenter le matériel de recherches.

MM. WEFRING pour la Norvège, et JITTA pour les Pays-Bas, ont déclaré que la maladie était trop rare dans leur pays pour justifier des mesures de prophylaxie collective (respectivement 10 cas en 10 ans et 22 cas en 3 ans),

Tout autre fut la réponse de M. le Dr REITER, au nom de l'Allemagne et celle de M. le Professeur NICOLAU au nom de la Roumanie :

M. le Dr REITER considère qu'il s'agit d'une maladie très probablement vénérienne, qui entraîne une incapacité de travail de 12 semaines en moyenne et parfois de 6 à 7 mois, sans préjudice des complications sévères qu'elle peut entraîner. Il déclare en conclusion que la maladie de Nicolas-Favre doit rentrer dans le cadre de la loi allemande de février 1927 sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Le médecin devra donc prévenir le malade :

- que sa maladie est de nature vénérienne ;
- qu'il y a danger de contagion ;
- que la contagion d'autrui tombe sous le coup de la loi et qu'il y a obligation de réparer le préjudice causé.

M. le Professeur NICOLAU ne va pas aussi loin et il fait judicieusement remarquer que la prophylaxie collective reposant essentiellement sur le traitement des sujets atteints :

1^o Nous ne possédons (dit-il) aucun traitement efficace ;

2^o Les conditions de transmission diffèrent de celles des autres maladies vénériennes.

La manifestation, en effet, qui paraît la plus virulente et la plus révélatrice, le bubon inguinal, est aussi la moins contagieuse.

Le chancre, par contre, paraît beaucoup plus contagieux, mais il est de courte durée et de plus il passe les trois quarts du temps inaperçu du malade. On ne peut donc considérer ce dernier comme responsable d'une contamination dont il ignore absolument la possibilité. C'est le cas également de ces femmes cliniquement saines qui transmettent l'affection, sans savoir qu'elles sont porteuses du virus lymphogranulomateux.

A la prophylaxie collective préconisée par M. le Dr REITER, M. le Professeur NICOLAU oppose une prophylaxie purement individuelle, en recommandant un effort dans le sens de l'hygiène préventive (soins locaux, pommade prophylactique). Il ajoute que les pratiques sexuelles anormales (coït buccal, coït anal, cunnilinguisme) ne mettent nullement à l'abri de la contamination et qu'il serait bon d'en instruire le public.

En France, la question se pose de savoir si la

maladie de Nicolas-Favre doit pouvoir être traitée, au même titre que les autres maladies vénériennes dans les dispensaires spécialisés.

M. le Professeur NICOLAS a répondu que, si du point de vue étiologique et nosologique, la maladie de Nicolas-Favre était bien une maladie vénérienne, il fallait néanmoins distinguer deux cas.

1. A la période du microchancro ou de ses équivalents, il y a un grand intérêt à ne pas passer à côté d'une autre maladie vénérienne par la pratique des recherches de laboratoire habituelles (recherche directe du tréponème, du gono, du B. de Ducrey). De plus, les dispensaires devraient toujours posséder une petite provision d'antigène de Frei, humain ou simien.

Le diagnostic une fois posé, la maladie doit être soignée dans les services hospitaliers ; mais les dispensaires pourraient, par l'intermédiaire d'assistantes sociales, dépister des foyers de contagion. Enfin, ces dispensaires pourraient faire figurer les cas de maladie de Nicolas-Favre sur les fiches-statistiques destinées au Ministère de la Santé Publique, ce qui permettrait de se rendre un compte plus exact (sinon absolu) de la fréquence de l'affection en France et de savoir quelle est l'importance et l'activité des moyens qu'il y aurait lieu de mettre en œuvre contre elle.

Nous livrons ces opinions diverses à la réflexion du lecteur. Il nous est difficile de conclure ; toutefois, il serait souhaitable que les suggestions pleines de sagesse de M. le Professeur NICOLAS soient adoptées au plus tôt.

DEUXIÈME PARTIE

LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE EN MILIEU MILITAIRE

Tout ce chapitre a été rédigé d'après les recherches épidémiologiques de M. le Pr JAME, chef de service de dermato-vénérologie du Val-de-grâce et de M. le méd.-cap. E, AUJALEU, assistant des hôpitaux militaires.

Cette étude est particulièrement intéressante en raison de la grande diversité d'origine et d'existence des sujets observés. On retrouve, dans le milieu militaire, tous les aspects cliniques de la maladie : formes inguinalestypiques, ou atypiques, formes cutanées (L. JAME, HAMON et CARROT, JAME, RIOU et HENRION) ; formes ano-rectales (L. JAME, GIRAUD et TOURNIAIRE, L. JAME, PARENT, PERNET et DUBARRY).

Leurs recherches ont abouti aux conclusions suivantes :

1) AUGMENTATION PROGRESSIVE
DU NOMBRE DE CAS OBSERVÉS

De 1926 à 1932, on note 2 ou 3 cas par an, sauf en 1930 où, pour une raison indéterminée, 11 cas furent observés.

A partir de 1933, on constate une augmentation brusque du nombre des cas :

1933	12 cas
1934	16 »
5 premiers mois de 1935.....	7 »

Or, depuis 10 ans, les effectifs de la garnison ont diminué. De plus, un centre annexe de D. V. a été créé à Paris en 1931.

Cette augmentation est-elle réelle ? On peut dire, en effet, que la connaissance des formes extragénitales et surtout un meilleur diagnostic des formes habituelles, grâce à l'emploi systématique de la réaction de Frei, ont élargi le domaine de la maladie. Cela est indiscutable.

Mais si l'on regarde de près les observations, on constate que bien faible est la proportion des cas où le diagnostic serait resté douteux sans la réaction de Frei. Ce ne sont pas non plus les formes ano-rectales qui peuvent expliquer cette augmentation.

Il faut donc conclure avec MM. JAME et AUJALEU, qu'il y a bien une extension réelle de la maladie de Nicolas-Favre depuis quelques années.

2) RÉPARTITION DES CAS.

PRÉDOMINANCE MARQUÉE CHEZ LES MILITAIRES DE CARRIÈRE

Voici comment se répartissaient les malades dans les différentes catégories d'unités.

Nombre total des cas : 62.

— Infanterie coloniale (3 régiments).....	22 (soit 35 %)
(appelés, engagés et rengagés)	
Garde républicaine	6
Marine militaire	4
Sapeurs-pompiers	4
— Soldats indigènes : 1 annamite.	
1 malgache.	
2 Nord-Africains.....	4
— Régiments métropolitains (appelés de 15 régiments ou formations)	22
	soldats : 14
	s/off. : 8

L'examen de ce tableau montre que les régiments coloniaux sont le plus lourdement frappés. Or ces régiments sont composés exclusivement de français et non d'indigènes. Ces 3 régiments fournissent autant de malades que les 15 unités métropolitaines composées d'appelés, particularité commune aux autres maladies vénériennes.

De même, les gardes républicains, les sapeurs-pompiers et les marins payent, si l'on tient compte de leurs effectif peu élevé, un lourd tribut à la maladie.

Or, toutes ces troupes présentent le caractère

commun d'être, en presque totalité, composées des militaires de carrière.

Si nous ajoutons les sous-officiers des régiments métropolitains, nous obtenons la proportion suivante :

Militaires de carrière.....	71 %
Soldats du contingent.....	22 % seulement

Il faut tenir compte du fait que le chiffre des appelés est beaucoup plus considérable ; par conséquent la proportion réelle est encore beaucoup plus forte. Ceci nous amène à conclure *que la maladie de Nicolas-Favre s'observe avec une prédominance très marquée chez les militaires de carrière.*

3) ORIGINE AUTOCHTONE DE LA PLUPART DES CAS

Nous avons vu que la lymphogranulomatose inguinale était plus fréquente dans les régiments coloniaux. On pouvait se demander si cette fréquence ne trouvait pas son explication dans le fait que ces sujets auraient pu contracter la maladie au cours de campagnes coloniales.

Sur les 38 malades, 15 avaient séjourné plus ou moins longtemps aux colonies. Sur les 15 malades, 5 seulement avaient contracté leur maladie hors de France (1 à la Réunion, 1 en Indochine, 3 en Afrique du Nord). Les autres, représentant les deux tiers, avaient contracté leur maladie à Paris.

Dans 11 observations, il a été possible d'identifier la femme responsable de la contamination. Il n'y eut

pas de prédominance pour telle ou telle catégorie de partenaires.

En effet :

3 malades furent contaminés par leur maîtresse.

2 malades furent contaminés par leur femme.

2 malades furent contaminés par des prostituées du trottoir.

2 malades furent contaminés par des prostituées de maison.

2 malades furent contaminés par des femmes indigènes.

Déductions pathogéniques

De tout ce qui précède, il résulte :

1. QUE LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE PARAÎT Avoir une faible contagiosité

Le fait que les soldats du contingent, assez souvent touchés par le gonocoque, ne fournissent qu'une aussi faible proportion de Nicolas-Favre, semble militer en faveur de cette hypothèse. Or les prostituées sont assez fréquemment infectées par le sinus lymphogranulomateux. Tout se passe donc comme s'il fallait des contacts vénériens répétés et comme si le soldat du contingent n'avait pas le temps, avec les exigences du service, de contracter l'affec-

tion. Les porteurs d'adénite de Nicolas -Favre sont assez souvent, du reste, de vieux clients des consultations de vénéréologie. Sur les 38 derniers malades, 20, soit 55 % étaient atteints ou avaient été atteints d'une ou plusieurs maladies vénériennes.

Évoluant simultanément, on trouve :

Nicolas-Favre	+	Chancrelle dans	.....	2 cas
»	+	Gono	.....	5 »
»	+	Σ	.....	1 »

Atteintes vénériens antérieures :

N.-F.	+	syphilis	.....	8	23 %
	+	Ducrey	.....	6	17 %
	+	gono	.....	16	44 %
N.-F.	+	Σ + chancrelle	.....	2	5 %
	+	Σ + gono	.....	6	17 %
	+	chancrelle + gono	.....	4	11 %
N.-F.	+	Σ + chancrelle + gono	.....	2	5 %

Par contre, les soldats de l'Afrique du Nord, assez atteints par la syphilis et la gonococcie, ne contractent que rarement la maladie de Nicolas-Favre.

2). RÔLE D'UNE ATTEINTE GANGLIONNAIRE ANTÉRIEURE

MM. JAME et AUJALEU ont pu relever une atteinte ganglionnaire antérieure, non lymphogranulomateuse, dans 8 observations sur 35. (Bubons chancrelleux 5 fois, les autres adénopathies à germes banaux). Cette proportion importante (1/4) permet

de soulever l'hypothèse d'un rôle d'appel vis-à-vis du virus lymphogranulomateux, joué par une atteinte antérieure du même groupe ganglionnaire.

3) DURÉE DE L'INCUBATION

Dans les cas où la durée d'incubation a pu être établie, celle-ci s'est montrée très variable.

4 à 6 jours	2 fois
8 à 10 jours	2 »
15 à 20 jours	3 »
30 jours environ.....	2 »

4) ETIOLOGIE DES FORMES ANO-RECTALES

Des 3 malades observés dans le service, aucun n'était porteur de syphilis. Chez un d'entre eux un chancre syphilitique se déclanche pendant l'évolution de l'ano-rectite. La maladie de Nicolas-Favre était chez lui la seule hypothèse étiologique. Les deux autres avaient été atteints de gonococcie, de dysenterie amibienne ou de chancrelle.

QUEL NOM CHOISIR ?

Avant de présenter les conclusions de cet exposé, nous voudrions essayer de voir quelle est la meilleure appellation qui puisse convenir à la maladie qui nous occupe.

La plupart des termes sous lesquels on la désigne ne rendent qu'imparfaitement compte des caractères essentiels de la maladie. Celui de lymphogranulomatose inguinale bénigne est imparfait, car outre qu'il prête à confusion avec la maladie de Paltauf-Sternberg, il ne rend compte que d'un aspect de la maladie. Il en est de même des termes de poradénite ou poradénolymphite.

M. BRUMPT a proposé, dans la séance de l'Académie de médecine du 5 février 1935, de lui donner le nom de bubon climatique, alléguant la plus grande ancienneté du terme. Mais là encore nous ne traduisons pas le véritable aspect clinique et étiologique de la maladie : maladie générale de nature infectieuse transmissible.

D'autre part, on a confondu sous ce nom des adénopathies d'étiologies diverses.

Pourquoi, en attendant peut-être une appella-

tion étiologique, ne pas conserver le nom de maladie de Nicolas-Favre ? Ce nom a l'avantage de rendre hommage aux auteurs lyonnais qui les premiers isolèrent la maladie, et dont les hypothèses étiologiques furent par la suite pleinement justifiées.

CONCLUSIONS

I. La maladie de Nicolas-Favre et le bubon climatique sont une seule et même entité morbide.

II. C'est une maladie vénérienne, relativement peu contagieuse et qui semble nécessiter, pour être contractée, des rapports sexuels répétés. Elle peut être à l'origine d'invalidités graves.

III. Elle est en voie d'extension. Il en existe, entre autres, un foyer parisien particulièrement actif.

IV Le dépistage de la maladie serait facilité si les dispensaires antivénériens possédaient une petite provision d'antigène de Frei qu'ils pourraient mettre à la disposition des médecins praticiens.

V. En vue d'une étude plus approfondie de l'épidémiologie de la maladie de Nicolas-Favre, il serait souhaitable que les praticiens et surtout les médecins-chefs des services et dispensaires spécialisés, fassent figurer les cas de maladies de Nicolas-Favre, à côté des autres maladies vénériennes, sur les statistiques

périodiques qu'ils adressent au Ministère de la Santé Publique.

VI. Enfin, il est nécessaire que le médecin instruisse les malades de la nature vénérienne de leur affection et des dangers qu'ils feraient courir à leur partenaire, s'ils se livraient, avant guérison, à des relations sexuelles.

VU : *Le Doyen,*

ROUSSY

VU : *Le Président,*

GOUGEROT

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Il nous est impossible de rapporter toutes les publications qui ont été faites sur la maladie de Nicolas-Favre. Nous nous bornerons à citer les références qui se rapportent plus particulièrement à notre sujet.

Historique

Consulter, pour la bibliographie de la partie de l'historique antérieure à 1913, la thèse de PHYLACTOS (Lyon 1922) et celle de GILBIN (Bordeaux 1922).

DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Communication à la Soc. méd. des hôp.*, Séance du 31 janvier 1913.

FINDLAY. — The relationship of climatic bubo and lymphogranuloma inguinale. *Lancet*, July 2, 1932, p. 11-13.

FREL. — Zur Identität Zwischen Lymphogranuloma inguinale und klimatischen Bubonen. *Klin. Woch.*, 1927, vol. 6, n° 43, pp. 2042-2044.

HELLERSTRÖM. — Lésions de méningo-encéphalite chez le singe après inoculation intracérébrale de lymphogranulomatose inguinale bénigne. *VII^e congrès intern. de Derm. Syphil.*, Copenhagues, 5-9 août 1930.

LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE, M^{lle} SCHOEN. — *Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas-Favre.*

RUGE (H.). — Beitrag zur Klinik der sog. klimatischen Bubonen. *Dermat. Woch.*, n° 1, 1930.

Epidémiologie

ADVIER (M.) et RIOU (M.) — Bubon climatique et lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Bull. Soc. Path. Exot.* t. XXVII, n° 1. Séance du 10 janv. 1934.

CAMINOPETROS (J.). — Recherches épidémiologiques et expérimentales sur la maladie de Nicolas-Favre. Longue persistance du virus de cette maladie dans l'organisme humain. *Bull. Soc. path. exot.*, juin 1935.

CHEVALLIER (P.) et MOLIN (R.) — NF conjugal. *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, fév. 1935.

DUREL (M. P.). — La réaction de Frei chez l'enfant. *Bull. Soc. Franc. de Dermat.*, 9 mai 1935.

FREI. — Eine neue Hautreaktion bei Lymphogranulomatose inguinale. *Klin. Woch.*, 1925, n° 45, p. 2148.

FLANDIN, RABEAU et TURIAF. — Valeur de la réaction de Frei tirée d'une statistique portant sur 400 malades et 1170 intra-dermo-réactions de l'antigène lymphogranulomateux. *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, fév. 1935.

GOUGEROT (H.) et CARTEAUD (A.). — Les débuts des syndromes recto-génitaux éléphantiasique, début nodulaire : la gomme de Nicolas-Favre, début par l'éléphantiasis localisé. *Arch. de Derm. Syph. Clin.*, Saint-Louis, tome VI, fasc. I, mars 1934.

HANSHELL. — Observations on climatic bubo. *The lancet* London 1936, p. 2, 276.

HELLERSTRÖM. — Rapport présenté à la commission permanente de l'office international d'hygiène publique. *Bulletin de l'office international d'Hygiène publique*, n° 3, mars 1931.

JAME (L.) HAMON et CARROT. — Erythème noueux et zona au cours d'une maladie de Nicolas-Favre. *Soc. Méd. Mre. Fr.*, mars 1932.

L. JAME et E. AUJALEU. — Un cas de maladie de Nicolas-Favre en évolution avec rétrécissement ano-rectal. (*Soc. Méd. Mre. Fr.*, avril 1933).

JAME (L.) AUJALEU (E.) et PASSA (J.). — La maladie de Nicolas-Favre. *Arch. Méd. et Pharm. Mres*, janvier 1934.

JAME (L.), GIRAUD et TOURNIAIRE. — Localisation ano-rectale du virus lymphogranulomateux au cours d'une maladie de Nicolas-Favre. *Soc. Méd. Mre. Fr.*, mai 1934.

JAME (L.) et AUJALEU (E.). — La maladie de Nicolas-Favre, ancien bubon climatique. *Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, fév. 1935.

JAME (L.), RIOU et HENRION. — Forme cutanée de la maladie de Nicolas-Favre. *Soc. Méd. Mre. Fr.*, février 1935.

JAME (L.) PARENT, PARNET, et DUBARRY. — Peri-ano-rectite lymphogranulomateuse ulcéro-végétante. *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, mai 1935.

JAME (L.) et AUJALEU (E.). — A propos de la maladie de Nicolas-Favre, considérations épidémiologiques. *Revue médicale française*, oct. 1935.

JITTA (J.). — Rapport à l'office international d'hygiène publique. *Bull. off. int. Hyg. publ.*, n° 3, mars 1935.

JUVIN (M.). — Un cas de NF conjugal. *Bulletin Soc. franç. de Dermat. Vén.*, février 1935.

LEVY-FRANCKEL et TEMERSON. — Maladie de Nicolas-Favre conjugale avec abcès fistuleux de la verge (forme cutanée secondaire) chez le mari. *Bull. Soc. dermat. Syph.*, déc. 1934.

NICOLAS et FAVRE. — Opportunité et possibilité de comprendre la poradénolymphite suppurée bénigne ou une maladie de Nicolas-Favre parmi les maladies contre lesquelles est dirigée l'activité des Services de lutte contre les maladies vénériennes. *La prophylaxie anti-vénérienne*, fév. 35, n° 2.

NICOLAU (D.). — Considérations sur la prophylaxie de la lymphogranulomatose inguinale. *Bull. off. int. Hyg. publ.*, n° 3, mars 1935.

REITER. — Fréquence et importance sociale de la lymphogranulomatose inguinale. *Bull. off. int. Hyg. publ.*, n° 3, mars 1935.

RAVAUT (P.), SÉNÈQUE (J.), CACHERA (R.). — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. *Paris médical*. 6-1-32, n° 2, p. 22.

SÉZARY (A.) et DRAIN (M.). — La fréquence et les formes cliniques du chancre lymphogranulomateux. *Bull. Soc. dermat.*, mai 1935.

WEFRING (K.W.). — La lymphogranulomatose en Norvège. *Bull. off. int. Hyg. publ.*, n° 3, mars 1935.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	13
Rappel clinique	18
 PREMIÈRE PARTIE. — Étude épidémiologique.....	 23
Répartition géographique.....	23
Morbidité.....	25
Étiologie (le virus lymphogranulomateux)	27
Modes de transmission	32
Causes favorisantes	35
Importance sociale et Prophylaxie	38
 DEUXIÈME PARTIE. — La maladie de Nicolas-Favre en milieu militaire	 43
Déductions pathogéniques	47
Quel nom choisir ?	50
Conclusions	52
Index bibliographique	55

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE. — 25-11-35.
